

総説

終末期がん患者の在宅緩和ケアの連携の質評価に関する
スコアリングレビュー

ヨシダ ミユキ* フジムラ カズミ* シオミ ミユキ* ヒロセ ミオ^{3*}
吉田美由紀* 藤村 一美* 塩見 美幸^{2*} 廣瀬 未央^{3*}
フジモト アイリ^{4*} ニシヤマ トモコ*
藤本 愛理^{4*} 西山 智子*

目的 終末期がん患者の在宅緩和ケアにおける多職種連携（以下、「連携」）に関する国内外の文献を統合的に分析し、今後の連携評価指標開発への示唆を得ることを目的とした。

方法 Medline, CINAHL, Cochrane Library, Web 版医学中央雑誌を用いて、“終末期がん”“在宅”“緩和ケア”“連携”“指標”をキーワードに文献を検索した。検索で得られた文献は、「連携」の内容、成果、評価に関する記述に着目し精読した。記述内容は、Donabedian が提唱する医療の質評価の枠組みに基づき、【構造】（連携を生み出す人的、物理的、財政的な資源、公式・非公式の仕組みを含む医療提供体制に関する事柄）、【過程】（連携の具体的な内容や手順）、【結果】（連携の成果あるいは連携によって生じた変化）に分類し、内容を分析した。文献の検索式の決定から選定、分類、分析に至る全プロセスは、研究者間の協議を経て合意の上で実施した。

結果 検索の結果、Medline 16件、CINAHL 10件、Cochrane Library 0件、Web 版医学中央雑誌133件の全159件が抽出され、このうち採択基準に基づき150件を除外した。検索で採択された9件に、ハンドサーチで入手した10件を加えた19件の文献を分析対象とした。対象文献は、2001～2020年に発表されたもので、国内文献13件、国外文献6件であった。研究内容は、「連携」に関する尺度開発研究5件、「連携」の指標を明らかにするための質的研究5件、「連携」強化の取り組みを評価した研究7件、「連携」ツールの導入を評価した研究2件であった。連携の質評価の側面として、【構造】ではケア体制、チームの関係性、情報共有、オペレーション、地域包括的連携体制、24時間薬剤供給、【過程】では連携過程の可視化、チームの方針統一、チームの信頼関係の形成、専門職の積極的な連携行動、教育的支援による連携強化、【結果】では患者、家族、多職種による主観的評価と、実績データに基づく客観的評価が明らかとなった。

結論 本研究で明らかとなった【構造】、【過程】、【結果】の指標は、連携を促進する評価指標開発の基盤となると考える。今後は、これらの指標の標準化と【結果】指標との関連性の検証を通じて、臨床現場での連携改善に資する評価ツールの開発が期待される。

Key words : 終末期がん, 在宅緩和ケア, 多職種連携, 質評価指標

日本公衆衛生雑誌 2026; 73(7): 591-603. doi:10.11236/jph.25-110

I 緒言

超高齢社会の進展¹⁾にともない、日本は多死社会となっている。また、がんは日本の死因の第1位²⁾

であり、がんの終末期医療の充実喫緊の課題である。令和4年度人生最終段階における医療・ケアに関する意識調査³⁾では、一般国民の回答者の32.2%の人が、末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しい状況において、自宅での最期を希望していることが明らかとなった。その希望を叶えるためには在宅緩和ケアの提供が求められる。在宅緩和ケアでは、医師、看護師、薬剤師、介護士、ケアマネジャーなど、多職種が連携して身体

* 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

^{2*} 愛媛大学医学部附属病院

^{3*} 高知県立大学看護学部

^{4*} 今治市役所

責任著者連絡先: 〒791-0295 東温市志津川454

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 吉田美由紀

的・精神的苦痛の緩和だけでなく生活支援を含む多様なニーズにきめ細かく対応することが求められる。

地域の緩和ケア提供体制の構築において、多職種ネットワークを構築すること⁴⁾や顔の見える関係を構築すること⁵⁾の重要性が示されている。また、24時間体制の連携システムの構築⁶⁾や訪問看護師による多職種連携の促進⁷⁾によって、役割分担の明確化や多職種協働が促進され、在宅緩和ケアの質が高まるとされている。

一方、介護職の医療への苦手意識⁸⁾や多職種間の役割認識の共有不足⁹⁾が連携の課題であることが指摘されている。介護職は、医療的知識の不足に伴う不安、医療職との間のヒエラルキーの存在、自身の仕事の価値が尊重されていない感覚、医療職との連携への困難感¹⁰⁾を感じていることが明らかにされている。また在宅ケアは所属組織が違う者との連携が多く、同一組織内の連携よりも困難感が強いことが明らかとなっており¹¹⁾、在宅ケアの特徴によって多職種の役割認識の共有不足が生じていると推察される。

質の高い在宅緩和ケアを提供するためには、多職種連携の現状や課題を把握し、その質を評価・改善することが重要である。先行研究では、在宅緩和ケアにおける連携を評価するための尺度がいくつか開発されている。たとえば、緩和ケアに関する地域連携評価尺度⁴⁾や在宅の介護関連職における医療職との連携困難感尺度¹²⁾が挙げられる。しかし、これらの尺度は、いかに地域全体で多職種がお互いの存在を知り気軽にやり取りができるか、介護職が医療職との連携にどれくらい困難感を抱いているか、といった連携の一部側面に焦点を当てているため、患者・家族のニーズに即した連携内容や、チーム内の役割分担・情報共有といった個別ケアの臨床現場で重要とされる要素を十分に捉えることができず、連携の質を包括的に評価するには限界がある。連携の質評価には、基盤となる医療提供体制や制度的仕組み、連携の具体的な実践、その成果を統合的に捉える視点が求められると考えるが、先行研究において、終末期がん患者の在宅緩和ケアにおける多職種連携（以下、「連携」とする）の質評価指標について多角的に分析し体系的にまとめた研究は見当たらない。

Donabedian⁹⁾は、医療の質を、【構造】、【過程】、【結果】の3つの観点から多角的に評価することを提唱しており、この枠組みは連携の質評価にも応用可能である。Donabedian⁹⁾モデルは、複雑な「連携」の質を包括的かつ体系的に捉えるための理論的基盤を提供する。

本研究では、「連携」に関する国内外の文献を、Donabedian⁹⁾の医療の質評価モデルに基づき統合的に分析し、今後の「連携」の質評価指標の開発に向けた知見を得ることを目的とする。先行研究で示されている「連携」の重要な要素や既存の評価指標を整理することで、「連携」の質向上に向けた示唆が得られる。さらに本研究の成果は、地域包括ケアシステムや在宅医療提供体制の構築において、「連携」の構造的基盤の整備を可視化し、「連携」の実践内容の標準化や、患者のアウトカムの改善に向けたPDCAサイクルを支える理論的基盤を提供すると考える。

II 研究方法

本研究では、PRISMA ScR (Preferred Reporting-Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews) 日本語版ガイドライン¹⁰⁾に基づき、スコーピングレビューを実施した。研究疑問は、PCC (Patient, Concept, Context) に基づき、Patient: 終末期がん患者、Concept: 「連携」の質評価指標、Context: 在宅緩和ケアとし、リサーチクエスションは「連携」の質評価における指標にはどのようなものがあるか? とした。以下に、本研究で用いる用語の定義を示す。

終末期がん患者: がんの根治的治療が困難で、余命は数か月と予測される状態

在宅緩和ケア: 住み慣れた自宅で生活しながら受ける緩和ケア

多職種連携: 異なる2つ以上の専門職が協力して共通の目標に向かって支援を行うこと

「連携」の質: Donabedian⁹⁾の枠組みである【構造】【過程】【結果】の3つの観点からみた、多職種チームが、患者中心のケアを継続的かつ効果的に実施できているかを示す特性。

【構造】: 連携を生み出す人的、物理的、財政的な資源、公式・非公式の仕組みを含む医療提供体制に関する事柄⁹⁾

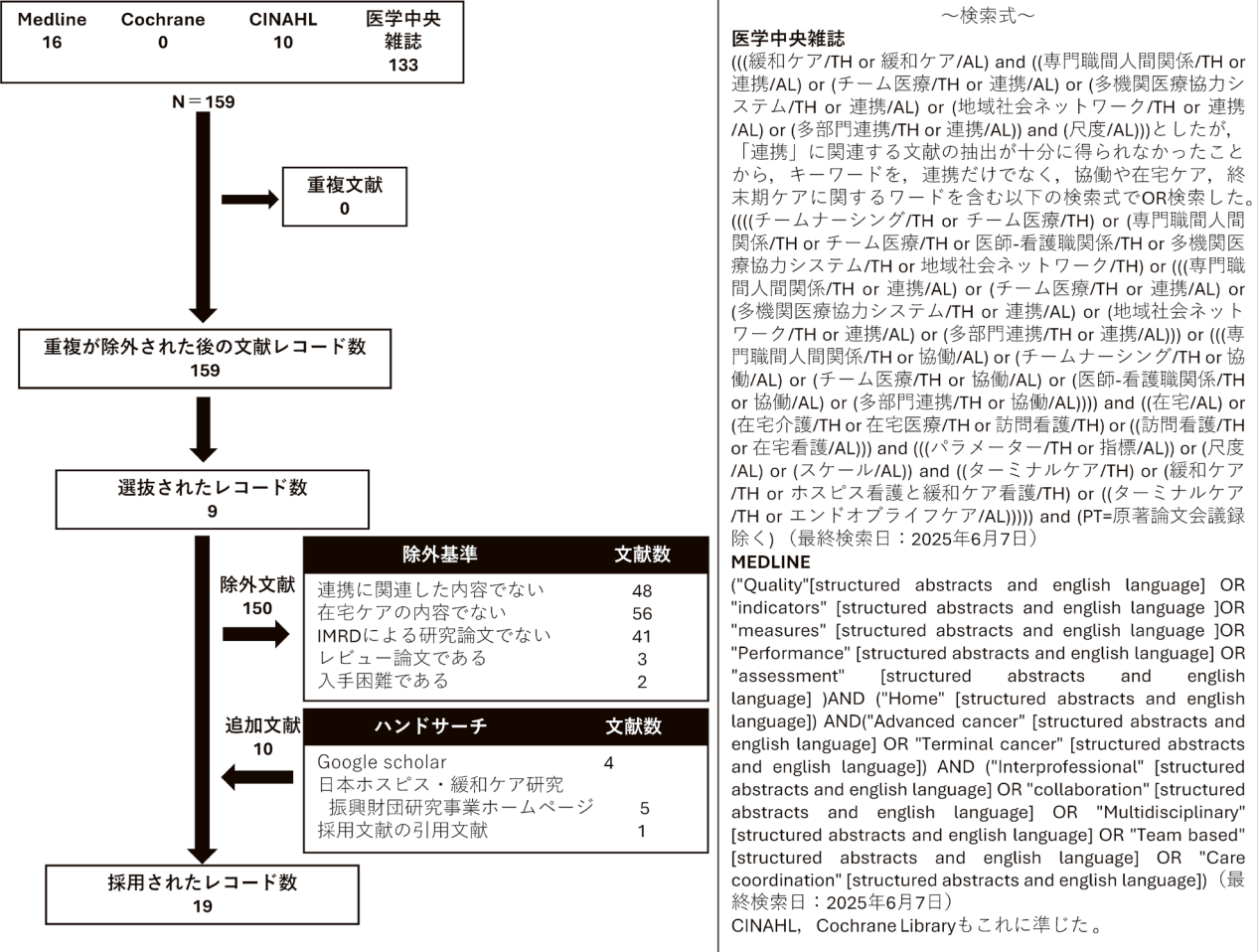
【過程】: 連携の具体的な内容や手順⁹⁾

【結果】: 連携の成果あるいは連携によって生じた変化⁹⁾

1. 対象文献の抽出

対象文献の抽出において、MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, Web 版医学中央雑誌を文献検索の情報源として選定した。これらの文献データベースは、収録情報の専門性、網羅性、信頼性および検索の再現性の確保の観点から選定した。検索期間は、設定により重要な文献を見落とす可能性があるため指定しなかった。主のキーワードは、終末期

図 1 フローダイアグラム



がん、緩和ケア、在宅、連携、指標とし、MEDLINE、CINAHL、Cochrane Library の検索では、home、“advanced cancer” or “terminal cancer”，“palliative care” or “end of life care” or “hospice care”，interprofessional or collaboration or multidisciplinary or “team based” or “care coordination”，quality or indicators or measures or performance or assessment，のキーワードを組み合わせで実施した。検索式と検索プロセスの詳細は、図 1 に示した。また、データベース検索から漏れる文献を補うため Google scholar と日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業のホームページ、採用した論文の引用文献リストをもとにハンドサーチを実施した。Google scholar では、検索式は図 1 既記の AND/OR 論理に準拠した検索式を基に、複数のキーワードの組み合わせを用いて検索した。検索対象は記事のタイトルとし、関連性で並べ替えした 3 ページ以内（1 ページあたり 10 件表示）に掲載されている文献を対象とした。検索期間は設定せず、重要文献の取りこぼしを避けた。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業のホームページでは、サイト内のすべての文献を対象にスクリーニングした。

本スコーピングレビューは、探索的な性質を持ち、研究過程において対象文献の範囲や分析枠組みの調整が必要となる可能性があったため、事前のプロトコル登録は行わなかった。

2. 文献の選定基準とプロセス

文献の適格基準は、①検索日（2025年 6 月 7 日）までに公表された日本語または英語で書かれた研究論文である、②在宅緩和ケアである、③終末期がん患者が対象である、④ IMRD（緒言、方法、結果、考察）の構成で書かれている、④構造的な要旨がある、⑤全文の入手が可能である、を条件とした。除外基準は、①在宅ケア以外（退院支援等）である、②レビュー論文である、③要旨のみである、④ IMRD の不備がある、とした。

文献選定は、スコーピングレビューのための PRISMA フローチャートに基づき実施し、文献の検索式の決定から、採用に至る各プロセスは、研究責任者および共同研究者との協議を経て、合意の上で実施した。

検索式の決定では、研究者全員でキーワードの検討を行ったのち基本的な検索手順を共有した。その

後、各研究者の検索結果から、最終的な検索式を確定した。文献のスクリーニングは、データベース検索で得られた文献を日本語文献と英語文献の2グループに分け、1グループあたり3人の研究者で行った。まず、各グループの代表者が重複文献を確認して除外した。スクリーニングは、各グループの研究者3人が独立して①論文タイトルおよび要約から一次スクリーニング、②全文精読による二次スクリーニングの2段階で実施した。研究者間の一致を確認し、不一致は、第3者（他方のグループ）とともに合意形成を図って採択を決定した。標準化シートに、書誌情報、研究目的、研究方法、研究対象者、研究結果、主要所見を抽出し、採択結果を入力して研究者間で共有した。

3. 分析方法

「連携」の質評価に関連する内容を理論的枠組みに沿って体系的に把握し、臨床現場での活用や今後の評価指標の開発に向けた基盤を構築するために、以下の分析を2人の研究者で行った。採択された文献から抽出した「連携」の質評価指標に関する具体的内容を、Donabedian⁹⁾の医療の質評価モデルに基づく【構造】、【過程】、【結果】の三つの観点で整理し、コード化して表で示した（表1）。次に、それぞれの観点において意味内容の類似性および相違性に基づいて分類し、抽象度を高めて表現することで、「連携」の質評価の要素として体系化した。さらに、各要素の内容を再度分類・抽象化することで、「連携」の質評価の側面として表現し整理した。このプロセスにおける整理の表現は、2人の研究者間の反復的討議を通して確定した。抽出した連携の質指標内容を階層化し、多面的に捉える枠組みを表で可視化した（表2）。

Ⅲ 研究結果

1. 文献の概要

検索の結果、Medline16件、CINAHL10件、Cochrane Library 0件、Web版医学中央雑誌133件、全文数159件であった。そのうち重複文献0件、タイトルおよび抄録の内容から「連携」に関連がないと判断した論文150件を除外した。選定した9件と、ハンドサーチで入手した10件を追加した19件を分析対象とした^{4-6,8,11-25)}。分析対象となった文献は、2001～2020年に発表されていた。国内文献は13件、国外文献は6件であり、質的研究6件、量的研究10件、混合研究3件であった。研究内容は、「連携」に関する尺度開発の研究5件、「連携」の指標を明らかにする研究4件、「連携」強化の取り組みを評価した研究8件、「連携」ツールの導入

を評価した研究2件であった。フローダイアグラムと文献概要を、それぞれ図1と表1に示した。

2. 分析結果（表2）

1) 「連携」の【構造】

(1) ケア体制基盤、(2) チームの関係性基盤、(3) 情報共有基盤、(4) オペレーション基盤、(5) 地域の包括的な連携体制基盤、(6) 24時間の薬剤供給基盤の6つの側面に分類された。(1) ケア体制基盤では、在宅緩和ケアに関わる人材の経験値^{4,23)}、スキルアップの環境²³⁾、チームのサポート体制^{11,15,23)}が含まれた。(2) チームの関係性基盤では、顔の見える関係評価尺度^{8,12)}を用いてチームの関係性の質を評価していた。(3) 情報共有基盤では、チーム会議の開催環境¹⁴⁾、情報共有のためのInformation and Communication Technology（以下ICTと略す）環境^{14,25)}、患者情報の共有ツール²⁴⁾が含まれた。(4) オペレーション基盤では、在宅緩和ケアの手順の明確化¹⁶⁾や連絡窓口の明示^{16,21)}があった。(5) 地域の包括的な連携体制基盤として、教育的介入、専門家支援、緩和ケアリソース開発とネットワーク構築、一般・患者・家族への情報提供からなる4つの地域介入プログラム^{5,18-20)}の存在があった。(6) 24時間の薬剤供給基盤では、薬剤・物品確保⁶⁾と薬剤・物品の供給体制⁶⁾が含まれていた。

2) 「連携」の【過程】

「連携」に関する【過程】において、(1) 連携過程の可視化、(2) チームの方針統一、(3) チームの信頼関係の形成、(4) 専門職の積極的な連携行動、(5) 教育的支援による連携強化の5つの評価の側面に分類された。(1) 連携過程の可視化では、連携のプロセスを評価する尺度を用いて連携の評価が行われていた。具体的には、地域全体の連携^{4,11,21)}や、連携行動の内容^{8,12,25)}、訪問看護師¹³⁾や介護支援専門員²³⁾の職種ごとの実践内容、連携の困難感^{4,8)}を測る尺度であった。また、連携活動の継続状況^{4,11,21,22,24)}が連携評価のために調査されていた。(2) チームの方針統一では、チームメンバー間の体験共有^{5,14,15,17,19,21,22)}と効率的な最新情報の共有^{5,6,14,25)}、ケア内容の情報伝達^{5,16)}が「連携」の内容として抽出された。(3) チームの信頼関係の形成では、「連携」において、顔の見える関係性の醸成¹⁷⁾と日常的な相互関係づくり^{17,19)}が行われていた。(4) 専門職の積極的な連携行動では、積極的な他専門職との協働^{5,16)}と他専門職への配慮⁵⁾が行われていた。(5) 教育的支援による連携強化では、チームへの教育的介入⁵⁾と、緩和ケア専門家による実践教育⁵⁾が行われていた。

表 1 文献リストおよび Donabedian の枠組みによる分類

番号	論文名	発行年 (著者)	研究方法	研究目的	構造	過程	結果
1	「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発 ⁴⁾	2013 (森田ら)	量的研究	緩和ケアに関する地域連携を評価する評価尺度の信頼性・妥当性を検証する。	地域での臨床経験年数 困った時に助けとなる人の数	多職種対象の研修会の参加回数 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」 Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する 困難感	【多職種の主観的評価】 地域連携の全般的評価
2	「医療介護福祉社の地域連携尺度」の開発 ¹⁾	2014 (阿部ら)	量的研究	地域における医療介護福祉社の連携の良さを評価する尺度の信頼性・妥当性を検証する。	困った時に助けとなる人の数	多職種の集まりへの参加回数 「医療介護福祉社の地域連携尺度」	
3	在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発 ¹²⁾	2015 (藤田ら)	量的研究	在宅ケアにおける医療職と介護職を含めた多職種による連携行動を評価できる尺度を開発し、その関連要因を検討する。	「顔の見える関係評価尺度」	「在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度」	【多職種の主観的評価】 チームの連携達成度
4	訪問看護師のがん患者ターミナル看護支援尺度の開発と信頼性・妥当性の検討 ³⁾	2020 (内田ら)	量的研究	訪問看護師のがん患者ターミナル看護支援尺度の開発と、信頼性と妥当性の検証する。		「訪問看護師のがん患者ターミナル看護支援尺度」の一部項目（連携・情報共有・主治医連携） 「在宅看護の質自己評価尺度」	
5	在宅の介護関連職における医療職との連携困難感尺度の開発 ⁸⁾	2020 (藤田ら)	量的研究	介護関連職の認識する医療職との連携困難感を測定する尺度を開発する。	「顔の見える連携評価尺度」	「在宅の介護関連職における医療職との連携困難感尺度」 「連携行動評価尺度」	
6	Development of an Interdisciplinary Team Communication Framework and Quality Metrics for Home-Based Medical Care Practices ¹⁴⁾	2016 (Fathi, R. et al)	質的研究	在宅医療ケアの専門職チームメンバーが、患者の重要な情報にアクセスし、互いにコミュニケーション方法を評価する概念的枠組みと対応する品質指標を開発する。	多職種チーム会議の実施（医師・看護師・医師助手、ソーシャルワーカーなど） チームメンバーがアクセス可能なコンピュータデータベースへの情報保存	チームメンバー間の定期コミュニケーション 多職種チームミーティング（登録時検討患者数） コンピュータデータベースの定期的なデータ更新と共有	【患者の主観的評価】 患者の満足度評価
7	Interprofessional team building in the palliative home care setting: Use of a conceptual framework to inform a pilot evaluation ¹⁵⁾	2016 (Shaw, J. et al)	質的研究	職種間の緩和ケア在宅サービスにおけるチームワークの評価指標を分析する。	チームリーダーの任命	チームメンバー間の過去の経験の共有 チームメンバー間の権限共有 チームメンバー間の共通目標の共有	
8	What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer ¹⁶⁾	2019 (Oosterveld-Vlug, M. G. et al)	質的研究	オランダの進行がん患者と家族が、一般医および地域看護スタッフによって提供される質の高い緩和ケアに必要な考えうる要素を明らかにする。また、提供されている実際の緩和ケアとその要素が一致しているか、それに寄与するものは何かを明らかにする。	明確かつ迅速な手順、医療事務手続き、医療技術支援、治療費の払い戻しなどの窓口整備、薬の処方に関する連絡先の存在	専門医の紹介、ケアの手配、地域情報の共有 専門家間の適切な連携と情報伝達 訪問時ケアプラン記録の確認と記載 代替要員による最新情報の把握	

表1 文献リストおよび Donabedian の枠組みによる分類 (つづき)

番号	論文名	発行年 (著者)	研究方法	研究目的	構造	過程	結果
9	* 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? ¹²⁾	2012 (森本ら)	質的研究	「顔の見える関係」の概念と地域連携への影響を探索する。	地域で話す機会の存在 (グループワーク・日常会話・同時訪問)、連携相手に合わせた柔軟対応、同じことを繰り返すことによる信頼の蓄積、責任ある対応、多職種間で名前・顔・考え方がわかる、価値観や人となりの理解、安心して連絡できる関係、多職種チームのキーパーソンの把握		
					緩和ケアの教育的介入 (双方向のワークショップ)、緩和ケア専門家によるアウトリーチ教育訪問、相手の置かれている状況を理解する、他者を頼る、患者の価値観の共通理解、緩和ケアの基礎知識、まだ関わっていない職種に声をかける、自分から他職種に声をかける、自らチームに加わる、療養者中心の関わり、同行訪問、話し合って改善させる、普通の言葉を使う、即時の情報共有、情報を統一して伝達、システムとして整える、役割を認識する		
10	* 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること ³⁾	2012 (森田ら)	質的研究	地域緩和ケアプログラムの体験者が「同職種・他職種に勧めたいこと」を収集する。	がん患者に対する地域緩和ケアのための包括的な介入プログラム (OPTIM)		
					①教育的介入 (マニュアルや評価ツール)の配布、双方向のワークショップ) ②専門家支援 (新チーム設立、アウトリーチ教育) ③緩和ケアリソース開発とネットワーク構築 (地域緩和ケアセンター、学際的カンファレンス、患者記録、退院計画システム) ④一般・患者・家族への情報提供		
11	* Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study ¹³⁾	2013 (Morita, T. et al)	量的研究	介入プログラムの導入後の地域緩和ケアにおけるアウトカムの変化を評価し、変化がどのようにして起こったかを探る。	【客観的評価】 死亡前1か月の入院日数の減少・自宅死亡率の増加 【主観的評価】 緩和ケアの教育的介入 (双方向のワークショップ) 緩和ケア専門家によるアウトリーチ教育訪問 医師と看護師の緩和ケア提供の困難さの減少		
					【多職種の主観的評価】 地域の医療専門家のコミュニケーションと協力の改善、在宅療養への認識の変化、病院の退院調整の質向上、知識や社会資源の利用のしやすさの向上、末期がん患者の積極的受け入れ、緩和ケアに関する知識・スキル・実践・認識の向上、自己成長		
12	* How and Why Did a Regional Palliative Care Program Lead to Changes in a Region? A Qualitative Analysis of the Japan OPTIM Study ¹⁴⁾	2014 (Imura, C. et al)	質的研究	地域の緩和ケアプログラム (OPTIM) がどのように、そしてなぜ地域に変化をもたらしたのかを探る。	緩和ケアの教育的介入 (双方向のワークショップ) 緩和ケア専門家によるアウトリーチ教育訪問 非公式な交流 患者を同じチームの一員とみなす姿勢		
					緩和ケアの教育的介入 (双方向のワークショップ) 緩和ケア専門家によるサポート (アウトリーチ教育訪問)		
13	* 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か? ⁴⁰⁾	2012 (森田ら)	量的研究	在宅特化型診療所とドクターネットの両方が存在する1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を明らかにする。	緩和ケアの教育的介入 (双方向のワークショップ) 緩和ケア専門家によるサポート (アウトリーチ教育訪問)		
					【客観的評価】 自宅死亡率の増加		

表1 文献リストおよび Donabedian の枠組みによる分類 (つづき)

番号	論文名	発行年 (著者)	研究方法	研究目的	構造	過程	結果
14	夜間・休日のオピオイド 注射薬供給連携システム の構築と運用 (第1報) 困難感尺度と連携尺度 ⁶⁾	2019 (土井ら)	量的 研究	在宅療養患者にオピオイド注射薬 を安定供給にむけた在宅療養支援 診療所と保険薬局による夜間・休 日対応連携システムの構築とその 効果を検討する。	特定のオピオイドの在庫、オピオ イド投与デバイスや必要物品の準 備、診療所と薬局間の連絡体制、 夜間・休日の電話対応と薬局当 番制	メール共有	【薬剤師の主観的評価】 薬剤師が多職種 (医師・看護師・ 薬剤師) 間で役割分担ができとい ると評価
15	北多摩南部圏域の多職種 連携促進における在宅医 療・緩和ケアカンファレ ンスの意義について ²¹⁾	2016 (池田ら)	量的 研究	地域のがん診療拠点連携病院およ び中核病院、在宅療養支援診療所 の医師を中心とした在宅医療・緩 和ケアカンファレンスを評価検証 する。		定期的なケアカンファレンス ケアカンファレンス参加回数 医療介護福祉の連携尺度	
16	ケア・カフェ [®] が地域連 携に与える影響—混合研 究法を用いて— ²²⁾	2015 (阿部ら)	混合 研究	医療介護福祉間のバリアをなくす 取り組みであるケア・カフェ [®] の 地域開催が、地域の連携がどのよ うに変化するかを調査する。	地域で話し合う機会の存在 ケア・カフェ [®] の継続的開催		職種理解の深化、名前と顔の認識 の向上、考え方が分かる、話し合 う機会の存在、相談ネットワーク 構築、顔の見える関係の構築、思 考・視点の多様性、情報や知識の 獲得、職種間のヒエラルキーの払 拭、社会関係資本の形成
17	エンド・オブ・ライフ期 にある在宅療養要介護高 齢者のケアマネジメント 実践に関連する要因と研 修への示唆 ²³⁾	2023 (金田ら)	量的 研究	エンド・オブ・ライフ期にある在 宅療養要介護高齢者のケアマネ ジメント実践の関連要因と効果的 な研修について検討する。	疾患の研修受講経験、多職種連携 の研修受講経験、性別、看護の研 修受講経験、訪問看護事業所の併 設、経験年数、チームビルディン グの研修受講経験	「エンド・オブ・ライフ期の在宅療養要介護高齢 者のケアマネジメント実践尺度」	
18	* 患者所持型情報共有 ツール『わたしのカルテ』 の評価: OPTIM-study ²⁴⁾	2012 (森田ら)	混合 研究	地域緩和ケアプログラム (OPTIM) で作成した患者所持型情報共有 ツール『わたしのカルテ』のツ ールの運用効果を評価する。	患者所持型情報共有ツール『わた しのカルテ』	連携ツールの継続運用 医療福祉従事者間の情報共有	情報共有ツールの配布数、情報共 有ツールの利用頻度、患者の自己 コントロール感の向上、情報共有 ツール使用の患者の利益と負担
19	My Team of Care Study: A Pilot Randomized Con- trolled Trial of a Web- Based Communication Tool for Collaborative Care in Patients With Advanced Cancer ²⁵⁾	2017 (Voruganti, T. et al)	混合 研究	Loop のようなツールの実装の実 現可能性を評価し、Loop がケア の継続性、ケアの質、症状の苦 痛、および医療利用に与える影響 の予備的な測定を行う。	Web コミュニケーションツール	メッセージ機能活用状況 ピッカー継続ケア尺度	

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団のホームページからハンドサーチで入手した論文について、論文名左上に * を記した

表2 分析結果

「連携」の質評価の側面	「連携」の質評価の要素	「連携」の質評価の具体的内容	
構造	1. ケア体制基盤	人材の経験値	・地域での臨床経験年数 ^{4,23)}
		スキルアップの環境	・疾患・多職種・看護・チームビルディング等の研修受講経験がある ²³⁾
		チームのサポート体制	・困った時に助けとなる人の数 ¹¹⁾ ・訪問看護事業所の併設 ²³⁾ ・チームリーダーの任命 ¹⁵⁾
	2. チームの関係性基盤	チームの関係性の質	・顔の見える関係評価尺度 ^{8,12)}
		チーム会議の開催環境	・多職種チーム会議の実施（医師，看護師，医師助手，ソーシャルワーカーなど） ¹⁴⁾
	3. 情報共有基盤	情報共有のための ICT 環境	・チームメンバーがアクセス可能なコンピューターデータベースへの情報保存 ¹⁴⁾ ・Web コミュニケーションツールの存在 ²⁵⁾
		患者記録の共有ツール	・患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」 ²⁴⁾
	4. オペレーション基盤	手順の明確化	・明確かつ迅速な手順の存在 ¹⁶⁾
		連絡窓口の明示	・医療事務手続き，医療技術支援，治療費の払い戻しなどの窓口整備 ¹⁶⁾ ・薬の処方に関する連絡先の存在 ^{16,21)}
	過程	5. 地域の包括的な連携体制基盤	地域介入プログラム
6. 24時間の薬剤供給基盤			薬剤・物品確保
		薬剤・物品供給体制	・診療所と薬局間の連絡体制がある ⁶⁾ ・夜間・休日の電話対応と薬局当番制がある ⁶⁾
		地域全体の連携	・緩和ケアに関する地域連携評価尺度 ^{4,11)} ・医療介護福祉の地域連携尺度 ^{11,21)}
		連携行動の内容	・連携行動評価尺度 ⁸⁾ ・ピッカー継続ケア尺度 ²⁵⁾ ・在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度 ¹²⁾
1. 連携過程の可視化		職種ごとの実践内容	・在宅看護の質自己評価尺度 ¹³⁾
			・訪問看護師ターミナルケア支援尺度の一部項目（連携・情報共有・主治医連携） ¹³⁾ ・エンド・オブ・ライフ期の在宅療養要介護高齢者のケアマネジメント実践尺度 ²³⁾
		連携の困難感	・在宅の介護関連職における医療職との連携困難感尺度 ⁸⁾ ・Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する困難感 ⁴⁾
連携活動の継続状況		・多職種対象の研修への参加回数 ⁴⁾ ・多職種の集まりへの参加回数 ¹¹⁾ ・ケアカンファレンス参加回数 ²¹⁾ ・ケア・カフェの継続的開催 ²²⁾ ・連携ツールの継続運用 ²⁴⁾	
2. チームの方針統一		チームメンバー間の体験共有	・多職種チームミーティング（登録時検討患者数） ¹⁴⁾ ・定期的ケアカンファレンスの開催 ²¹⁾ ・チームメンバー間の定期コミュニケーション ¹⁴⁾ ・地域の多職種で会って話し合う ^{5,17,22)} ・チームメンバー間の過去の経験の共有 ¹⁵⁾ ・チームメンバー間の権限の共有 ¹⁵⁾ ・チームメンバー間の共通目標の共有 ¹⁵⁾ ・患者を同じのチームの一員とみなす姿勢 ¹⁹⁾ ・療養者中心の関わり ⁵⁾
	効率的な最新情報の共有	・コンピューターベースの定期的なデータ更新と共有 ¹⁴⁾ ・メール共有 ⁶⁾ ・メッセージ機能活用状況 ²⁵⁾ ・情報共有システムの整備 ⁵⁾	
	ケア内容の情報伝達	・訪問時のケアプラン記録の確認と記載 ¹⁶⁾ ・代替要員による最新情報の把握 ¹⁶⁾ ・即時の情報共有 ⁵⁾	
3. チームの信頼関係の形成	顔の見える関係性の醸成	・多職種間で名前・顔・考え方がわかる ¹⁷⁾ ・多職種チームのキーパーソンの把握 ¹⁷⁾ ・安心して連絡できる関係 ¹⁷⁾ ・価値観や人となりの理解 ¹⁷⁾	
	日常的な相互関係づくり	・地域で話す機会の存在（グループワーク，会話，同時訪問） ¹⁷⁾ ・非公式な交流 ¹⁹⁾ ・同じことを繰り返すことによる信頼の蓄積 ¹⁷⁾ ・責任ある対応 ¹⁷⁾ ・連携相手に合わせた柔軟な対応 ¹⁷⁾	
		4. 専門職の積極的な連携行動	積極的な他専門職との協働
他専門職への配慮	・相手の置かれている状況を理解する ⁵⁾ ・普通の言葉を使う ³⁾ ・情報を統一して伝達 ⁵⁾		
5. 教育的支援による連携強化	チームへの教育的介入		・緩和ケアの基盤知識の教育 ⁵⁾ ・緩和ケアの教育的介入（双方向ワークショップの開催） ⁵⁾
	緩和ケア専門家による実践教育	・緩和ケア専門家によるアウトリーチ教育訪問 ⁵⁾	

表 2 分析結果（つづき）

	「連携」の質評価の側面	「連携」の質評価の要素	「連携」の質評価の具体的内容
結 果	1. 多職種による主観的評価	地域連携の総合評価	・地域連携の全般的評価 ⁴⁾ ・チームの連携達成度 ¹²⁾ ・地域の医療専門家間のコミュニケーションと協力の改善 ¹⁹⁾ ・病院の退院調整の質向上 ¹⁹⁾ ・在宅療養への認識の変化 ¹⁹⁾ ・末期がん患者の積極的受け入れ ¹⁹⁾
		関係性の変化	・顔の見える関係の構築 ²²⁾ ・職種間のヒエラルキーの払拭 ²²⁾
		ネットワーク形成	・名前と顔の認識の向上 ²²⁾ ・話し合う機会の存在 ²²⁾ ・相談ネットワーク構築 ²²⁾ ・情報や知識の取得 ²²⁾ ・社会関係資本の形成 ²²⁾ ・知識や社会資源の利用しやすさの向上 ¹⁹⁾
	2. 患者・家族による主観的評価	役割認識の促進	・職種理解の深化 ²²⁾ ・薬剤師が多職種（医師・看護師・薬剤師）間で役割分担できていると評価 ⁶⁾
		緩和ケア実践能力の向上	・緩和ケアに関する知識・スキル・実践・認識の向上 ¹⁹⁾ ・自己成長 ¹⁹⁾ ・思考視点の多様性 ²²⁾
		緩和ケア提供の困難度の低減	・医師と看護師の緩和ケア提供の困難さの減少 ¹⁸⁾
	3. 実績データによる客観的評価	QOL 評価	・家族による患者の生活の質の評価 ¹⁸⁾
		満足度の向上	・患者満足度評価 ¹⁴⁾ ・患者の自己コントロール感の向上 ²⁴⁾ ・情報共有ツール使用の患者の利益と負担 ²⁴⁾
	3. 実績データによる客観的評価	自宅看取りの実現	・死亡前 1 か月の入院日数の減少 ¹⁸⁾ ・自宅死亡率の増加 ^{18,20)}
		情報共有ツールの実装状況	・情報共有ツールの配布数 ²⁴⁾ ・情報共有ツールの利用頻度 ²⁴⁾

3) 「連携」の【結果】

(1) 多職種による主観的評価, (2) 患者・家族による主観的評価, (3) 実績データによる客観的評価の 3 つの側面に分類された。(1) 多職種による主観的評価では, 地域連携の総合評価^{4,12,19)}, 関係性の変化²²⁾, ネットワーク形成^{19,22)}, 役割認識の促進^{6,22)}, 緩和ケア実践能力の向上^{19,22)}, 緩和ケア提供の困難度の低減¹⁸⁾ が調査されていた。(2) 患者・家族による主観的評価では, QOL 評価¹⁸⁾ や満足度の向上^{14,24)} が報告されていた。(3) 実績データによる客観的評価では, 死亡前 1 か月の入院日数の減少¹⁸⁾ や自宅死亡率の増加^{18,20)} などの自宅看取りの実現や, 連携ツールの実装状況²⁴⁾ が調査されていた。

Ⅳ 考 察

本研究の新規性は, 既存の評価尺度が捉えきれなかった「連携」の【構造】【過程】【結果】の観点, Donabedian⁹⁾ モデルに基づいて体系的に整理し, 「連携」の質を多面的に評価する理論的基盤を提示した点にある。これにより, 「連携」の質向上に向けた実践的・学術的な課題が明確化された。

1. 「連携」に関する研究の現状

本研究で採用された「連携」の関連文献は, データベース検索による 9 件と少なく, ハンドサーチによる 10 件の文献で補われた。とくに, ハンドサーチで得た 6 件は, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団のホームページから入手したもの（表 1）であり, 日本語文献 13 件中 4 件, 英語文献 6 件中 2 件を占めた。これらは, 厚生労働科学研究費による地

域介入型緩和ケア研究²⁶⁾ の成果であり, 国内では政策主導型の緩和ケア研究が多職種連携のエビデンス構築に貢献していた。一方, 英語文献は本研究の選定基準に合致した文献は 6 件にとどまり, 「連携」の関連研究の少なさが明らかとなった。Lutfiyya ら²⁷⁾ のスコーピングレビューでは, 専門職間協働実践の効果に関するエビデンスは限定的であり, その背景には「連携」や「協働」を表す用語の不統一があると指摘されている。本研究でも同様の課題を認め, 「終末期がん」「在宅」「緩和ケア」に絞った検索により文献数がさらに限定された。用語の多様性と定義の曖昧さが文献抽出や比較を困難にしており, 今後は共通用語の整備が求められる。

2. 「連携」の【構造】的条件と質評価の課題

本研究では, 「連携」の【構造】に関する要素として, ①ケア体制, ②チームの関係性, ③情報共有, ④オペレーション, ⑤地域の包括的な連携体制, ⑥24時間の薬剤供給の 6 つが抽出された。これらは人的資源の集積にとどまらず, 在宅緩和ケアにおける多職種連携を支える複合的な基盤である。

Donabedian⁹⁾ は, 良好な【構造】とは資源が十分に適切に設計されている状態であり, 医療の質を守る重要な手段とする一方, 構造だけでは質を十分に説明できないことを指摘している。Lutfiyya ら²⁷⁾ は, 専門職間協働実践の目的を医療職の分断解消と患者の転帰改善としている。本研究では分断解消に向けた実践内容は【過程】, 患者の転帰改善は【結果】に相当する。したがって, 【構造】指標の可観測化と, 【過程】【結果】との関連の明確化が必要で

あるが、現時点では不十分であり、前向き検証が求められる。

本研究では【構造】を「連携を生み出す人的、物理的、財政的な資源、公式・非公式の仕組みを含む医療提供体制に関する事柄」と定義したが、財政的・制度的要素の記述は抽出されなかった。これは、制度的支援が前提とされていた可能性がある。診療報酬や介護報酬における連携加算の有無や、自治体による在宅医療・介護連携推進事業²⁸⁾の実施状況、24時間対応可能な薬局や訪問看護ステーションの数、地域の多職種会議の開催頻度などは、連携の質を評価する【構造】指標となり得るため、今後の研究でその可視化が必要である。「連携」の質改善に向けたPDCAサイクルの構築が可能となるよう【構造】【過程】【結果】の関連性の検証や、制度差が「連携」に与える影響の国際比較も今後の課題である。

3. 「連携」の動的な【過程】の可視化と質評価の課題

「連携」の【過程】では、連携の可視化、方針統一、信頼関係の形成、積極的な連携行動、教育的支援による連携強化が抽出され、連携が情報交換にとどまらず、関係性の構築・維持・発展を伴う動的なプロセスであることが示された。

連携の可視化に関しては、複数の尺度が開発されているが^{4,8,11~13)}、患者・家族の評価や転帰との関連は示されていない。Donabedian⁹⁾は、医療の質は患者の利益によって定義され、医療者の満足はその構成要素ではないと述べており、尺度の得点が高くても「連携」の質を直接示すとは限らない。また、連携の困難感、感情的充足ではなく連携過程における障害を反映するため、過程における評価指標として位置づけた。

Zenani ら²⁹⁾は、「役割の明確化」「情報共有」「信頼関係の構築」が連携の質向上に寄与すると述べているが、患者の転帰との関連は不明であり、質の指標としては限定的である。一方、Morita ら¹⁸⁾の研究では教育的支援の強化が自宅死亡率の増加および再入院率の低下に関連しており、緩和ケアの専門家との連携体制が患者の転帰を改善する可能性が示唆された。このことから、教育的支援の有無は、「連携」の質評価指標として活用可能である。

さらに、本研究ではチームの信頼関係の形成や専門職の積極的な連携行動など、多職種間の関係性を促進する行動も評価の対象と考えられた。これらは常に変化することから数値化が困難であり、横断的な調査では把握が難しい。こうした動的な「連携」内容を可視化するための研究が今後求められる。

これらのことから、本研究で明らかとなった【過程】の指標を標準化し、【結果】としての患者・家族の満足度、自宅死亡率、再入院率との関連を検証することで、臨床に応用可能な「連携」の質評価指標の構築が可能となると考える。

4. 【結果】における多面的な評価の必要性

「連携」の【結果】は、多職種・患者・家族による主観的評価と、実績データによる客観的評価に分類される。これは、連携の成果が患者・家族やケア提供者の認識とアウトカムの両面から捉えられていることを示す。ケア提供者の主観的評価では、連携改善の結果として緩和ケア実践能力が向上したことや緩和ケア提供の困難度の低減が認識された。一方、客観的評価では、自宅死亡率の増加や入院日数の減少など、患者の在宅療養の希望に直結する成果が示されており、これらの指標は連携の質評価に活用可能と考えられる。

終末期ケアでは患者満足度の直接聴取が困難な場合も多く、家族やケア提供者による代理評価と実績データを組み合わせた多面的評価が必要である。今後は、自宅死亡率・入院日数などの客観指標と、患者・代理者の評価との関連性の検証、主観・客観の同時計測による妥当性評価、これらを統合した質評価モデルの構築が求められる。

5. 今後の示唆と課題

「連携」は、多職種の動的な活動であることから、その質評価指標は、単なる測定ではなく、ケアの質向上を目指す実践的なツールとして位置づける必要があると考える。たとえば、「連携」の質を継続的に改善する仕組みとして、【構造】【過程】【結果】の指標を記入できるフォーマットを作成し、連携体制の構築に向けた行政施策立案時に用いることや、随時の多職種会議で継続的に活用することで、「連携」のクリニカルオーディットとしての運用が可能となる。これは、連携の質を継続的に改善する仕組みとして有効である。

また、表2の分類は、Donabedian⁹⁾モデルに基づき、臨床現場での評価指標の整理と実践的応用を目的として作成したものである。各側面・要素・具体的内容の階層化により、「連携」の質を多面的に捉える枠組みとしての活用や、必要に応じた「連携」の一側面の評価を意図的に行うことが可能となると考える。

さらに、【構造】【過程】【結果】の指標間の関連性の検証により各指標の患者のアウトカムへの影響を理解することにつながるため、今後の実証研究が求められる。

6. 研究の限界

本研究では、国内研究が13件と大半を占め、分析結果は、日本の制度的背景に依存しており、国際的な比較や応用可能性は限定的である。また、検索ワードにコストを含まなかったため、費用対効果の観点からの指標は抽出されていない。

V 結 論

本研究では、Donabedian⁹⁾ モデルに基づき、終末期がん患者の在宅緩和ケアにおける多職種連携の質評価指標を【構造】【過程】【結果】の3つの観点から整理した。その結果、【構造】では6つ、【過程】では5つ、【結果】では3つの評価の側面が明らかとなった。本研究の知見は、「連携」の質評価モデル構築に向けた理論的基盤を提供するものである。今後は、これらの指標の標準化と【結果】指標との関連性の検証を通じて、臨床で活用可能な評価ツールの開発が求められる。

本研究は、愛媛県の助成を受けて行った研究成果の一部である。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

(受付 2025. 8.27
採用 2026. 1. 5
J-STAGE 早期公開 2026. 3.26)

文 献

- 1) 厚生労働省. 我が国の人口について. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html (2025年7月25日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/gaikyouR6.pdf> (2025年7月16日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書, 令和5年12月人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査事業. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf (2025年7月16日アクセス可能).
- 4) 森田達也, 井村 鶴. 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. *Palliative Care Research* 2013; 8: 116–126.
- 5) 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 他. 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. *Palliative Care Research* 2012; 7: 163–171.
- 6) 土井真喜, 久原 幸, 大友 宣, 他. 夜間・休日のオピオイド注射薬供給連携システムの構築と運用 第1報 困難感尺度と連携尺度. *日本在宅医療連合学会誌* 2019; 1: 15–21.
- 7) 米澤純子, 杉本正子, 新井優紀, 他. 独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携. *日本保健科学学会誌* 2014; 17: 67–75.
- 8) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江, 他. 在宅の介護関連職における医療職との連携困難感尺度の開発. *日本公衆衛生雑誌* 2020; 67: 819–827.
- 9) Donabedian A. 医療の質の定義と評価方法 (東 尚弘訳). 京都: 特定 NPO 法人健康医療評価研究機構. 2007; 84–143.
- 10) 沖田勇帆, 廣瀬卓哉, 長 志保, 他. *JBI Manual For Evidence Synthesis: Scoping Reviews* 2020. スコーピングレビューのための最新版ガイドライン (日本語訳). *日本臨床作業療法研究* 2021; 8: 37–42.
- 11) 阿部泰之, 森田達也. 医療介護福祉の地域連携尺度の開発. *Palliative Care Research* 2014; 9: 114–120.
- 12) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生*の指標 2015; 61: 1–9.
- 13) 内田史江, 谷垣静子. 訪問看護師のがん患者ターミナル看護支援尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学学会誌* 2020; 40: 91–99.
- 14) Fathi R, Sheehan OC, Garrigues SK, et al. Development of an interdisciplinary team communication framework and quality metrics for home-based medical care practices. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016; 17: 725–729.
- 15) Shaw J, Kearney C, Glenns B, et al. Interprofessional team building in the palliative home care setting: use of a conceptual framework to inform a pilot evaluation. *Journal of Interprofessional Care* 2016; 30: 262–264.
- 16) Oosterveld-Vlug MG, Custers B, Hofstede J, et al. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care* 2019; 18: 1–10.
- 17) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? *Palliative Care Research* 2010; 5: 171–174.
- 18) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *The Lancet Oncology* 2013; 14: 638–646.
- 19) Imura C, Morita T, Kato M, et al. How and why did a regional palliative care program lead to changes in a region? A qualitative analysis of the Japan OPTIM study.

- Journal of Pain and Symptom Management 2014; 47: 849–859.
- 20) 森田達也, 野末よし子, 宮下光令, 他. 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?. Palliative Care Research 2012; 7: 317–322.
- 21) 池田登顕, 井上俊之, 菊谷 武, 他. 北多摩南部圏域の多職種連携促進における在宅医療・緩和ケアカンファレンスの意義について. 日本医療マネジメント学会雑誌 2016; 16: 185–189.
- 22) 阿部泰之, 堀籠淳之, 内島みのり, 他. ケア・カフェ®が地域連携に与える影響—混合研究法を用いて—. Palliative Care Research 2015; 10: 134–140.
- 23) 金田明子, 叶谷由佳. エンド・オブ・ライフ期にある在宅療養要介護高齢者のケアマネジメント実践に関連する要因と研修への示唆. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2023; 46: 12–19.
- 24) 森田達也, 古村和恵, 佐久間由美, 他. 患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の評価: OPTIM-study. Palliative Care Research 2012; 7: 382–388.
- 25) Voruganti T, Grunfeld E, Jamieson T, et al. My team of care study: a pilot randomized controlled trial of a web-based communication tool for collaborative care in patients with advanced cancer. Journal of Medical Internet Research 2017; 19: e219.
- 26) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」. <https://gankanwa.umin.jp> (2025年10月15日アクセス可能).
- 27) Lutfiyya MN, Chang LF, McGrath C, et al. (2019). The state of the science of interprofessional collaborative practice: a scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. PLOS ONE 2019; 14: e0218578.
- 28) 厚生労働省, 令和7年9月24日資料, 医政局地域医療計画課, 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおける検討事項等について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001567473.pdf> (2025年10月15日アクセス可能).
- 29) Zenani NE, Tulelo PM, Netshisaulu KG, et al. A scoping review on the contribution of interprofessional collaborative practices on preventing and managing postpartum haemorrhage in the health care system. BMC Nursing 2025; 24: 455.
-

Evaluating the quality of collaboration in home-based palliative care for patients with terminal cancer: A scoping review

Miyuki YOSHIDA*, Kazumi FUJIMURA*, Miyuki SHIOMI^{2*}, Mio HIROSE^{3*}, Airi FUJIMOTO^{4*} and Tomoko NISHIYAMA*

Key words : terminal cancer, home-based palliative care, interprofessional collaboration, quality evaluation indicators

Objectives To integrate and analyze domestic and international literature on interprofessional collaboration (hereafter, collaboration) in home-based palliative care for patients with terminal cancer, and to support the development of the evaluation of indicators of collaboration.

Methods Medline, CINAHL, Cochrane Library, and Web of Science (via Igaku Chuo Zasshi) were searched using the terms “terminal cancer”, “home”, “palliative care”, “interprofessional”, and “indicators”. The retrieved literature was thoroughly reviewed, emphasizing descriptions of the content, outcomes, and evaluation of “collaboration”. The information obtained was organized according to the Donabedian framework for healthcare quality assessment: *Structure* (care-supporting resources and systems), *Process* (collaborative procedures and content), and *Outcome* (results or changes attributable to collaboration). All processes, from the formulation of the search strategy, to selection and classification of the literature, were conducted through discussion and agreement among the investigators.

Results The initial search identified 159 articles (Medline, 16; CINAHL, 10; Cochrane Library, 0; Web of Science via Igaku Chuo Zasshi, 133), of which 150 were excluded because they did not meet the inclusion criteria. Nine eligible articles were supplemented with 10 articles, yielding 19 articles for analysis. These articles, published between 2001 and 2020, included 13 Japanese and six international studies. The topics included five scale development and validation studies on “collaboration”, five qualitative studies identifying “collaboration” indicators, seven studies evaluating initiatives to strengthen “collaboration”, and two studies evaluating the introduction of “collaboration” tools. *Structure* indicators included the care system, team relationships, information sharing, operations, community-based comprehensive collaboration systems, and 24-hour drug supply systems. *Process* indicators included visualization of the collaboration process, unification of team policies, formation of team trust, active collaborative behaviors by professionals, and educational support to enhance collaborative capacity. *Outcome* indicators included subjective evaluations from patients, families, and diverse professionals, and objective evaluations based on performance data.

Conclusion The *Structure*, *Process*, and *Outcome* indicators identified in this study provide a foundation for developing measures to evaluate and promote collaboration. Future studies should standardize these indicators and assess their relationships with outcome measures to develop evaluation tools that enhance collaboration in clinical practice.

* Department of Nursing, Ehime University Graduate School of Medicine

^{2*} Ehime University Hospital

^{3*} Faculty of Nursing, University of Kochi

^{4*} Imabari City Hall